Conseil médical du Québec

Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉS

1999 – 2000

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

présenté à

Madame Pauline Marois
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 2000

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
ISBN 2-550-36190-3

Les bureaux du Conseil médical du Québec sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet :
http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq
E-mail : cmq@msss.gouv.qc.ca

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport d'activités du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2000.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

La ministre de la Santé et des Services sociaux,

PAULINE MAROIS

Québec, juin 2000

101-01279/

Madame Pauline Marois
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec

Madame la Ministre,

J'ai l'honneur de vous remettre le rapport d'activités du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2000.

Veuillez accepter, Madame la Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le président du Conseil médical du Québec,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

Québec, juin 2000

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION 1

I - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC 3

A - Le rôle du Conseil 3

B - Les membres du Conseil au 31 mars 2000 4

C - Le fonctionnement du Conseil 6

II - LE BILAN DES ACTIVITÉS 8

A- Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail 8

B- Les travaux des comités 8

C- Autres interventions du Conseil 14

D- Les communications et les rencontres du Président 15

III - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL 17

IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL 20

PRÉSENTATION

Ce rapport présente les principales activités du Conseil médical du Québec au cours de la période s'étendant du 1er avril 1999 au 31 mars 2000. Le rôle, la composition, le fonctionnement, ainsi que les valeurs et principes qui guident les travaux du Conseil sont exposés dans la première partie du rapport. Les activités proprement dites sont décrites dans la seconde partie du rapport.

La première partie de l'année a permis au Conseil de compléter des dossiers initiés l'année précédente comme celui sur la privatisation des services médicaux, celui sur les mythes et les réalités des cibles planifiées en spécialités et celui sur les rôles et responsabilités des chefs de département clinique. De plus, le Conseil a répondu sans tarder à la demande d'avis faite par Madame la Ministre concernant les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers, conduite au début de juillet 1999.

Par ailleurs, avec l'arrivée de nouveaux membres qui prenaient la relève de ceux qui étaient parvenus au terme de leur second mandat légal, le Conseil en a profité pour dresser une synthèse de ses principales recommandations. Le document sera publié d'ici l'automne 2000. Nous souhaitons que l'ensemble des propositions formulées depuis quelques années par le Conseil éclaire le débat public sur le système de santé dont le gouvernement a annoncé la tenue au cours de l'année 2000. Il nous apparaît d'ailleurs clair aujourd'hui que les idées majeures avancées par le Conseil médical au cours des dernières années, entre autres celles concernant l'organisation des services médicaux, la pertinence des services, la responsabilité professionnelle des médecins et la planification des effectifs médicaux ont alimenté et orienté le contenu des discussions et des propositions élaborées dans le milieu médical, ces dernières années.

Le Conseil a aussi élaboré un nouveau programme de travail portant sur des sujets plus ciblés tels que l'organisation des services médicaux en santé mentale; les conditions d'élaboration et de réalisation de projets de démonstration de modèles d'organisation des services médicaux de première ligne; les freins à l'accessibilité aux services et les moyens d'y parer et, enfin, la signification de la notion de ratio médecin-population dans un contexte où, par exemple au Québec, les pénuries de médecins sont souvent évoquées et que la comparaison avec les autres provinces canadiennes montre que le Québec est relativement bien nanti en effectifs médicaux. Le Conseil profitera de l'occasion pour examiner l'évolution du professionnalisme médical et de l'engagement social du médecin, au cours des dernières décennies.

À l'évidence, notre système de santé nécessite une révision en profondeur parce qu'il ne semble plus en mesure de répondre aux besoins actuels de la

population et qu'à plus forte raison, il n'est pas armé pour faire face aux contraintes sévères auxquelles il est déjà soumis et qui iront en s'accroissant.

Depuis quelques années, le Conseil médical a facilité l'émergence d'une discussion saine sur des sujets considérés tabous, il n'y a pas longtemps. Les interventions publiques et les propositions concrètes avancées par le milieu médical, au cours des derniers mois, en vue d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans notre système de santé en témoignent.

Le Président,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

I - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

A - Le rôle du Conseil

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991.

Le Conseil médical du Québec est un organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La loi confie au Conseil médical du Québec, la fonction générale de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

En outre, cette loi définit le mandat du Conseil médical du Québec en deux parties distinctes.

La première partie accorde au Conseil le pouvoir de donner des avis au ministre entre autres sur :

1° l'orientation des services médicaux en fonction des priorités du système de santé, notamment l'évolution, l'organisation, la distribution de ces services et les moyens de mieux harmoniser les services médicaux dispensés par les établissements et en cabinet privé;

2° les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou pris par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles;

3° l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale face aux besoins en émergence, aux réalités nouvelles et aux standards de qualité;

4° les différents types de pratique médicale eu égard aux besoins prioritaires de la population;

5° les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés;

6° les modes les plus appropriés de rémunération des médecins;

7° les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorisation de la dispensation d'un service médical.

La seconde partie du mandat renferme deux volets. Dans le premier, la loi fait obligation au ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur les questions suivantes :

1° les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements;

2° les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine;

3° le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Dans le second volet, la loi fait par ailleurs obligation au Conseil de fournir son avis au ministre sur toute autre question qu'il lui soumet et dans les délais qu'il prescrit.

B - Les membres du Conseil au 31 mars 2000

Membres ayant droit de vote

La Loi sur le Conseil stipule que ce dernier est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit, doivent être des médecins.

De plus, la loi détermine un processus précis de nomination des membres ayant droit de vote. C'est ainsi que ces derniers sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la façon suivante:

1° deux médecins omnipraticiens choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens;

2° deux médecins spécialistes choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins spécialistes;

3° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec [aujourd'hui appelée Collège des médecins du Québec];

4° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par l'organisme regroupant les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements;

5° quatre personnes nommées après consultation des doyens des facultés de médecine ainsi que des recteurs des universités du Québec ayant une faculté de médecine, d'un organisme dont le mandat est l'évaluation des technologies de la santé, du Fonds de la recherche en santé du Québec et du Conseil consultatif de pharmacologie;

6° trois personnes nommées après consultation du milieu de la santé et des services sociaux;

7° un résident en médecine choisi parmi une liste de trois résidents qui sont recommandés par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes;

8° une personne inscrite en formation médicale doctorale choisie parmi une liste de trois personnes qui sont recommandées par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes.

La loi stipule en outre, que le président du Conseil est nommé pour cinq ans et les autres membres, pour une période de quatre ans.

Dr Juan Roberto Iglesias
Président
Vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr André Bonin
Vice-président
Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Dr Jean-Marie Albert
Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière, Joliette

Dr Marc A. Bois
Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Monsieur Patrick Garceau
Étudiant en médecine,
Université Laval

Dr Sophie Gosselin
Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Louis Lapointe
Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage, Rivière-du-Loup

Madame Michèle Laverdure
Conseillère en gestion, services de santé et services sociaux

Dr Joëlle Lescop
Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux
Omnipraticien
Centre médical St-Denis
Saint-Denis-sur-Richelieu

Dr Jonathan L. Meakins
Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette
Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau
Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Madame Micheline Ulrich
Infirmière

Dr Raymonde Vaillancourt
Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy, Sherbrooke

Membres n'ayant pas droit de vote

D'autre part, le Conseil compte un certain nombre de membres n'ayant pas droit de vote. Il s'agit du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et des sous-ministres adjoints de ce ministère. Il s'agit aussi de toute personne désignée par le ministre. À ce titre, on retrouve :

Dr Brigitte Bernard
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Michel Brunet
Ministère de l'Éducation

Dr Yves Landry
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Monsieur Robert Tremblay
Ministère de la Santé et des Services sociaux

C - Le fonctionnement du Conseil

Les membres du Conseil médical du Québec ont spontanément et unanimement choisi, dès le départ, comme principal mode de fonctionnement, simple mais exigeant, la participation active aux travaux de l'organisme. C'est ainsi que chacun d'entre eux s'investit personnellement dans les travaux d'au moins un comité du Conseil, en fonction de l'intérêt individuel que suscite le thème particulier ou de l'expertise requise pour le traiter. D'autres modalités de travail pourraient aussi être utilisées selon les circonstances.

Le processus

- Les membres des comités, avec le concours des professionnels de la Permanence du Conseil, élaborent une méthode de travail en fonction du thème étudié. Ils déterminent un échéancier et participent activement à la réalisation des travaux.

- À chacune de leurs séances régulières, les membres du Conseil prennent connaissance de l'évolution des travaux des comités et formulent, le cas échéant, des orientations ou des recommandations pour la poursuite du travail.

- Au terme de leurs réflexions, les comités présentent leurs recommandations au Conseil qui décide alors de la nature et de la forme des interventions qu'il entend faire concernant ces recommandations.

Les valeurs et les principes qui guident les membres du Conseil

Après avoir complété un premier cycle d'activités axées sur leur programme initial de travail, les membres ont voulu rétrospectivement reconnaître les valeurs et les principes qui les ont inspirés tout au long de leurs réflexions et qui serviront de guides dans la poursuite de leurs travaux. Ce sont les suivants:

1) Le Conseil croit qu'il est non seulement souhaitable, mais qu'il est essentiel et possible de préserver les principes fondamentaux sur lesquels repose notre système de soins de santé à savoir : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement.

2) Le Conseil pense que la préservation de la liberté thérapeutique dans la relation patient-médecin, sans ingérence administrative, constitue un pré-requis à toute organisation d'un système de soins de qualité.

3) Le Conseil pense aussi qu'il est essentiel que l'optimalisation de la pratique clinique soit développée et animée par les pairs plutôt que par des instances technocratiques. La participation des médecins à la gestion du système de soins de santé nécessite cependant la responsabilisation totale des professionnels et à terme, leur imputabilité.

4) Le Conseil croit également que les modifications qui doivent être apportées au système et qui touchent à la manière de dispenser les soins, doivent être faites dans un esprit de collaboration avec les médecins. L'information et la persuasion sont nécessaires pour susciter l'adhésion du corps médical sans laquelle les changements sont voués à l'échec.

5) Le Conseil considère que la responsabilisation des médecins et de la population doit être à la base de l'organisation des services de santé. La responsabilisation des médecins et de la population constitue le moyen le plus dynamique pour susciter les comportements individuels corrects attendus de la part des médecins et des bénéficiaires.

6) Le Conseil estime que l'organisation des services doit être orientée dans une perspective de préservation de la santé qui reconnaisse et conjugue la double démarche médicale, préventive et curative.

7) Le Conseil est convaincu que le modèle d'organisation des soins doit être conçu pour garantir l'efficacité et la qualité des services, dont leur pertinence. Le Conseil est d'avis que la qualité des services passe obligatoirement par la continuité des soins. C'est en

somme, l'approche globale et intégrée des services de santé de l'individu que le Conseil préconise.

8) Le Conseil juge qu'il est essentiel de maîtriser les coûts totaux du système.

9) Le Conseil croit enfin que la réorganisation du système de soins doit être axée sur la notion de services à la clientèle plutôt que sur la défense ou la protection de l'organisation actuelle des services.

Enfin en conformité avec le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, sanctionné par le gouvernement le 17 juin 1998, le Conseil a adopté le 23 avril 1999 un *code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du Conseil médical du Québec*

II - LE BILAN DES ACTIVITÉS

A- Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail

Entre le 1er avril 1999 et le 31 mars 2000, le Conseil a tenu 8 séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec et à Montréal. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble 24 réunions de travail. Ajoutons à cela que le personnel de la Permanence s'est réuni 37 fois.

B- Les travaux des comités

Comité sur la privatisation des services médicaux

Le Comité a poursuivi et complété la réflexion, amorcée en mars 1998, sur la privatisation des services médicalement requis. Son rapport a été adopté par le Conseil lors de sa séance régulière tenue le 1er octobre 1999.

Dans cet avis, le Conseil arrive à la conclusion qu'un système à financement public est encore celui qui permet le plus d'équité envers la population et également la plus grande efficience. Il propose donc de maintenir une forte prédominance publique dans le système de santé en ne permettant pas aux assureurs privés de couvrir les services médicaux et hospitaliers médicalement requis et aux médecins une double pratique, à la condition, toutefois, de compléter, la modernisation du système, dans les meilleurs délais.

À cet égard, le Conseil recommande de renouveler le régime d'assurance-maladie, entre autres, en le centrant sur les services médicalement requis, indépendamment des dispensateurs et du lieu de prestation et en élargissant progressivement sa couverture aux services de réadaptation. Également, il propose de réorganiser les services selon une dynamique qui intègrerait la prestation des cabinets médicaux au système au moyen d'un rattachement novateur, de type affiliation, aux établissements publics.

De plus, pour répondre aux besoins croissants de la population, le Conseil croit qu'il serrait utile d'augmenter la prestation de services médicaux spécialisés dans la communauté. Enfin, le Conseil considère fondamental de repenser la gestion du système de santé. Celle-ci doit absolument être axée sur des objectifs de résultats, d'efficacité et d'efficience notamment en valorisant l'imputabilité personnelle et en instaurant des incitatifs à la performance.

Comité sur les rôles et responsabilités du chef de département clinique

Le Comité a débuté ses travaux au mois de mai et déposé son rapport le 1er octobre, date à laquelle le Conseil l'a adopté.

Cet avis s'inscrit dans la suite logique de l'avis intitulé *« Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir »*, adopté en octobre 1998 et de *l'Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, adopté en septembre 1997. Ainsi, il dresse une synthèse des propositions du Conseil, relativement à l'organisation des services médicaux, pour faire des recommandations sur le département clinique et son chef, tout en considérant l'encadrement fourni par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les Ententes négociées.

Devant divers éléments contextuels, notamment le virage ambulatoire, l'introduction du mode de rémunération forfaitaire pour les médecins spécialistes et l'implantation prochaine des département régionaux de médecine générale, le Conseil a souhaité préciser les fonctions du chef de département clinique et lui donner des leviers pour qu'il puisse exercer véritablement ses responsabilités décrites dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le Conseil a examiné différents modèles d'organisation favorisant une participation optimale des médecins et formulé des recommandations sur les leviers facilitant cet encadrement, notamment l'octroi et le renouvellement des privilèges en établissement. De plus, il s'est intéressé au processus de nomination du chef de département clinique et du chef de service. Enfin, le Conseil insiste sur la formation et la rémunération du chef de département clinique.

Comité sur les effectifs médicaux

En juin 1999, le Conseil médical était invité à formuler un *« Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002 »*.

Cet avis porte sur une proposition de la Table de concertation permanente

sur la planification de l'effectifs médical et se situe dans le sillage du jugement Tellier sur le cas du Dr Édith Bandi, des recommandations émises par le Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier concernant les dispositions de la Politique triennale, du constat d'un vide juridique, et de la lettre sur le sujet transmise au Ministre de la santé et des services sociaux par le Conseil médical en octobre 1998. Le jugement Tellier oblige le Collège des médecins du Québec à examiner toutes les demandes de reconnaissance d'équivalence de formation ou de permis d'exercice qui lui sont soumises. Ainsi, les modifications proposées visent à accommoder les DHCEU qui réussiront l'examen de sciences cliniques du Collège des médecins et à solutionner des pénuries graves en émettant des permis restrictifs à des médecins recrutés à l'étranger.

Constatant que le vide juridique qui entoure l'application de la Politique triennale n'a toujours pas été comblé, le Conseil médical croit que, dans les circonstances, la Ministre pourrait autoriser, pour l'année 1999-2000, le nombre de places d'entrée en résidence pour accueillir les DHCEU qui franchiront avec succès les étapes prévues par le Collège des médecins. Le Conseil médical réitère l'opinion que l'acceptation des DHCEU n'est pas la solution qui permet à court terme de pallier aux problèmes de pénurie de médecins puisque la durée de formation de ces candidats est généralement assez longue, soit entre trois et quatre ans. De plus, cette situation est inéquitable à l'égard des étudiants issus des programmes de formation du Québec qui se voient refuser l'admission à la faculté de médecine.

Concernant la pénurie de médecins, le Conseil médical propose la création d'un mécanisme formel ayant pour mandat d'identifier les besoins académiques ainsi que les pénuries graves dans certaines spécialités et de procéder à la sélection des médecins étrangers sur la base de leurs compétences professionnelles, dans un souci permanent de qualité des services médicaux. Ainsi, s'il s'avérait par exemple que la solution passe par le recrutement de médecins, il faudra vérifier si tous les mécanismes de dépannage, de répartition, d'installation et de rétention ont bien été mis à profit. Advenant qu'il faille recruter à l'étranger, la solution temporaire passe par l'émission de permis restrictifs à des candidats sélectionnés qui répondent immédiatement aux critères de pratique au Québec et qui pourraient s'intégrer rapidement.

D'autre part, le Comité sur les effectifs médicaux a complété ses travaux d'analyse sur les cibles en spécialité et soumis son rapport au Conseil le 11 juin 1999. L'objectif de cet avis intitulé *« Avis sur les cibles en spécialités ; mythes et réalités »* est de bien étayer la problématique de la non-atteinte des cibles en spécialités et de vérifier si la tendance risque d'engendrer une situation problématique. L'examen des statistiques, sur une douzaine d'an-

nées, démontre que le pourcentage de diplômés en médecine optant pour une résidence en spécialité est relativement stable, variant entre 53,4% et 57,7%. Cependant, la difficulté de combler les places de résidence offertes dans les programmes de médecine spécialisée au cours des dernières années s'ajoutant à d'autres considérations, comme l'accroissement des transferts de résidents en médecine spécialisée vers la médecine familiale, la diminution significative du nombre d'admissions dans les facultés de médecine depuis le milieu de la décennie, les programmes d'accès à la retraite qui ont réduit subitement d'environ dix pour cent, l'effectif de médecins spécialistes, la surestimation de l'ajout net pour la confection du Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, créant des attentes mais aussi hélas, d'amères déceptions dans les régions et l'ajout important de places de résidence en médecine spécialisée réclamé par les associations de médecins spécialistes ne laisse pas de doute sur l'existence d'un véritable problème.

Quelles que soient les méthodes d'évaluation et de détermination des normes de besoins qui seront retenues demain pour déterminer l'effectif global et la composition de l'effectif de médecins spécialistes, des cibles en résidence spécialisée devront être fixées et comblées. Devant l'évidence de cette situation et le constat des difficultés à combler les places disponibles en résidence spécialisée au cours des dernières années, il est apparu urgent et utile d'identifier les principales causes qui compromettent l'atteinte des objectifs déterminés et en contrepartie, de tenter de dégager des conditions qui soient de nature à la favoriser.

Les principaux facteurs évoqués, lors des consultations, sont la rigidité des mécanismes des systèmes; l'insécurité face aux transformations entreprises dans le réseau et à l'envahissement administratif; la priorisation de la qualité de la vie; la formation et l'information.

En raison de la nature très diversifiée des commentaires et observations émis par les personnes rencontrées, le Conseil médical propose la création d'un groupe de travail composé des intervenants concernés afin de dégager un consensus qui permettrait d'actualiser les recommandations dans les plus brefs délais, dans le but de s'assurer que la population du Québec puisse compter en tout temps sur le nombre requis de médecins spécialistes pour répondre à ses besoins.

Ainsi, dans cet avis, le Conseil médical du Québec formule seulement deux recommandations précises soit la nécessité de connaître la composition des cohortes et la nécessité d'entreprendre dès maintenant les travaux préparatoires au prochain plan triennal de répartition des effectifs médicaux.

Le comité s'est aussi penché sur les recommandations de la Table de concertation permanente sur l'effectif

médical au Québec. Son rapport a permis au Conseil d'adopter, le 31 mars 2000, l'*« Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine 2000-2001 à 2002-2003 »*.

Dès 1999, le Conseil médical invitait le Ministère à hausser le nombre d'admissions dans les facultés de médecine. Le Conseil signale que la hausse devrait être considérable au fil des ans mais recommande alors d'y procéder graduellement, soit une augmentation de dix la première année, afin de protéger la qualité de l'enseignement. Le Conseil était conscient que les efforts consentis dans la poursuite du déficit zéro avaient pesé lourd en termes d'effectifs dans les facultés de médecine et d'enthousiasme dans les milieux hospitaliers d'enseignement.

La décision gouvernementale a été une hausse de 65 du nombre d'admissions en 1999. Le projet de Politique triennale débutant en 2000 suggère de nouvelles augmentations de 55 admissions pour chacune des trois prochaines années.

Toujours pour protéger la qualité de formation des futurs médecins, le Conseil recommande de différer ces nouvelles hausses ou du moins de les étaler sur une période d'au moins six ans afin de permettre aux universités de prendre les dispositions requises en termes d'effectifs d'enseignement et d'organisation des pyramides de formation.

Le Conseil soutient par ailleurs que cet étalement dans le temps permettrait en outre de valider le bien-fondé des indices utilisés pour établir la projection des besoins futurs en médecins, notamment le choix de 1997 comme année de référence (année au cours de laquelle on estime que l'offre est égale à la demande de services médicaux) ainsi que l'impact de la féminisation sur les besoins futurs, impact que l'on établit présentement sur la seule base de la différence des revenus entre les médecins de sexe différent.

Enfin, dans cet avis adopté le 31 mars, le Conseil propose d'examiner les moyens matériels et organisationnels à mettre en place pour libérer tout le potentiel de travail des médecins déjà en pratique, afin de répondre à la perception actuelle de pénurie de médecins.

Au cours des prochains mois, ce comité tentera de donner une signification à la notion de ratio médecin/population. Dans un contexte où le manque de médecins est fréquemment évoqué et que la comparaison avec les autres provinces démontre que le Québec est relativement bien nanti, il importe de bien connaître le comportement de l'effectif médical. Par la même occasion, le comité examinera l'évolution du professionnalisme médical et de l'engagement social du médecin au cours des dernières années.

Comité sur la satisfaction des patientes et des patients

L'objectif général de la démarche amorcée en 1998 consistait à dresser un portrait des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des patientes et des patients à l'égard des soins et des services de santé.

Les dimensions de la satisfaction et les pistes de solutions des représentants de patients, du personnel du réseau et des chercheurs universitaires quant à l'amélioration des outils d'évaluation et l'amélioration de la satisfaction comme telle devaient être identifiées. Un sondage sur des projets et démarches mis de l'avant au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux pour évaluer ou améliorer la satisfaction a été réalisé grâce à un partenariat établi avec quinze régies régionales du Québec.

Les travaux sur ces questions ont été interrompus.

Comité sur l'organisation des services médicaux en 1re ligne

En décembre 1999, le Conseil a formé ce nouveau comité avec le mandat d'inventorier les divers projets de réorganisation des services médicaux en 1re ligne mis en route au Québec depuis les propositions du Conseil dans ses avis sur l'implantation d'une nouvelle dynamique organisationnelle et les nouveaux modes de rémunération des médecins de 1re ligne.

Afin de solutionner une partie des problèmes du système de santé actuel qui rendent de plus en plus difficiles l'accessibilité et la continuité des services et de relever les défis des prochaines années, le Conseil proposait en 1995, entre autres, de hiérarchiser les services médicaux de manière à renforcer la relation patient-médecin, à accroître la responsabilisation des médecins et de la population et à faire des médecins de 1re ligne les pivots de la nouvelle organisation.

De plus, le Conseil considérait que plusieurs modèles d'organisation des services en 1re ligne, impliquant une collaboration entre médecins et autres professionnels de la santé, conformément à la nouvelle dynamique proposée, pouvaient être expérimentés.

Or, depuis ces propositions, des réseaux intégrés d'accessibilité aux soins généraux se mettent en place, conformément à l'entente signée avec la FMOQ. De même, plusieurs projets de soins intégrés, supportés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, se développent au Québec. Enfin, un nouvel acteur a vu le jour, le DRMG. C'est dans ce nouveau contexte que la réorganisation des services médicaux en 1re ligne se poursuivra. Il importe que le Conseil, quatre ans après ses propositions novatrices, fasse le point sur les projets de réorganisation des services médicaux en 1re ligne.

Le Comité cherchera surtout à proposer des stratégies propres à favoriser et soutenir l'implantation de modèles concrets d'organisation des services en 1re ligne répondant adéquatement aux nouveaux besoins de la population des années 2000.

Comité sur l'accessibilité au système de soins médicaux

Pour être en mesure de bien comprendre les enjeux de fond qui risquent de menacer le maintien des principes qui ont servi de base à la mise en place du système de soins actuel, soit l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public, le Conseil, a formé un comité (en décembre 1999), afin de tenter de mesurer l'accessibilité. Le comité tentera aussi de dresser la liste des éléments qui risquent de la menacer et de dégager des solutions prometteuses pour l'améliorer.

Comité sur la santé mentale

Ce comité a été mis sur pied en janvier 2000. Son but est de proposer une vision globale et contemporaine du concept de santé mentale qui tienne compte de l'imposante somme de connaissances scientifiques acquises en ce domaine, au cours de la dernière décennie.

Le comité entend décrire l'importance de la santé mentale et la lourdeur du fardeau de la maladie mentale pour l'individu et la société québécoise. Il veut aussi identifier le fardeau particulier de la dépression, des troubles anxieux et du suicide par rapport à celui des troubles sévères et persistants.

Le comité veut également démystifier la maladie mentale et mettre en perspective les préjugés et les fausses croyances. Il entend permettre l'intégration des connaissances résultant de la recherche dans des approches et des interventions pertinentes et efficaces, en ciblant la formation et l'information.

Enfin, le comité entend proposer des modèles d'organisation des services qui intègrent ces connaissances en les adaptant aux besoins des clientèles, selon leur âge et leurs particularités. Ces modèles sont sous-tendus par une approche de santé publique.

C- Autres interventions du Conseil

Le Conseil médical du Québec s'est conformé aux directives émises en mai 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental de protection des renseignements personnels.

Considérant la taille du Conseil et surtout l'absence quasi totale de renseignements personnels en sa possession, le Conseil a jugé utile d'associer ses responsabilités en cette matière à celles du Comité ministériel responsable de la Loi d'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels

Enfin, le Conseil médical du Québec participe aux travaux de divers comités extérieurs et à caractère permanent dont :

- le Groupe aviseur sur l'organisation des services médicaux (MSSS) ;
- la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec ;
- le Comité du suivi de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec.

De plus, le Conseil a été invité à rencontrer la Commission parlementaire des affaires sociales de même que les représentants du Vérificateur général concernant l'organisation des services médicaux.

D- Les communications et les rencontres du Président

En sa qualité de président du Conseil médical du Québec, le docteur Juan Roberto Iglesias rencontre à plusieurs reprises le ministre de la Santé et des Services sociaux. De plus, il est maintes fois sollicité pour participer activement à des congrès, colloques, forums, comités, rencontres ou autres, liés au domaine scientifique, médical ou administratif.

Il s'agit là de moyens mis en œuvre par le Président pour faire connaître la nature et les résultats des travaux du Conseil. Ce sont également des moyens utilisés par le Président pour s'enquérir davantage de l'évolution de la pensée dans des secteurs spécifiques reliés aux activités du Conseil. Ces échanges visent à favoriser l'établissement de liens de complémentarité dans la recherche de solutions pouvant aider à résoudre les difficultés auxquelles fait face notre système de soins de santé.

Parmi ces occasions de partager des points de vue, en 1999-2000, mentionnons entre autres :

- Participation au comité de sélection pour l'attribution du prix OPTIMAH ;
- Présentation lors de l'événement « Les Grands sommets de la santé » sous les auspices de PERFORM ;
- Rencontre avec le groupe de travail sur « La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec », présidé par M. Roland Arpin ;
- Accueil d'une équipe de l'École nationale de la santé publique de France sur la politique de répartition géographique des médecins ;
- Entrevue avec la présidente de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, Madame Mariette Lanthier;

- Rencontre avec la Table des présidents et vice-présidents des commission médicales régionales concernant la hiérarchisation des services médicaux et l'inscription des clientèles.

III - LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

Avis :

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis «Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir», octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : mythes et réalités, juin 1999

99-02

Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999

00-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2000, janvier 2000

Rapports d'activités :

1993-1994,
1994-1995,
1995-1996,
1996-1997,
1997-1998,
1998-1999

Autres

- Réactions et commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996

- Avis sur les conséquence prévisibles de la grève illégale des infirmières du Québec, juillet 1999

Travail commandité

Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995

IV - LES RESSOURCES DU CONSEIL

En 1999-2000 les ressources financières du Conseil ont été d'environ 580 000 $.

La Permanence est composée, outre du président, des personnes suivantes :

Médecin conseil
Marie Girard
(jusqu'au 10 janvier 2000)
Colette Roberge
(à partir du 17 janvier 2000)

Agent(e)s de recherche

Christine Beaulieu
Christian Coutlée
Alice Monty
Chantal Ouellet
Denis Santerre

Agente de secrétariat

Liette Saillant